

Edito

Voici un numéro du Clinicien inhabituel, ciblé sur une pathologie : l'épilepsie. Une affection fréquente souvent stigmatisée et excluante, historique mais négligée par les grands programmes de santé publique malgré son impact invalidant sur les populations.

L'épilepsie est pourtant une pathologie chronique exemplaire pour la médecine de première ligne pour au moins deux raisons : son identification est essentiellement clinique et l'efficacité d'un traitement bien conduit est spectaculaire avec arrêt ou atténuation significative des crises dans plus des 2/3 des cas.

Les réseaux mis en place depuis plusieurs années au Mali et à Madagascar, démontrent que la prise en charge de l'épilepsie par des médecins généralistes communautaires était concluante. Avec une méthodologie appropriée (formation continue, travail en réseau, dossiers de suivi), on obtient une observance satisfaisante qui peut servir de modèle pour bien d'autres maladies chroniques nécessitant un suivi de longue durée.

Dominique Desplats et Guy Farnarier



Actualités médicales

Introduction généralités

L'épilepsie est une pathologie chronique avec des étiologies diverses, caractérisée par la répétition des crises. Une crise unique ou des crises d'épilepsie provoquées ne constituent donc pas une épilepsie. L'épilepsie est plus un groupe de syndromes qu'une maladie.

Une crise d'épilepsie est un dysfonctionnement transitoire et réversible du système nerveux central, consécutif à une décharge électrique brutale et excessive d'une population de neurones corticaux. L'épisode aigu est de durée brève et peut se traduire par des manifestations motrices, sensitives ou sensorielles, des troubles ou une perte de la conscience, des troubles cognitifs ou psychiques, ou par plusieurs de ces manifestations.

Une crise focale (ou partielle) implique un réseau localisé du cortex cérébral mais peut se propager, migrer dans le cerveau, et parfois se généraliser, et entraîner l'apparition de signes cliniques localisés variés, qui s'enchaînent en fonction de la progression de la crise.

Une crise généralisée implique non pas l'ensemble des neurones, mais des circuits corticaux bilatéraux, ainsi que des structures plus profondes, elle se traduit par une symptomatologie motrice généralisée (convulsions) et/ou une perte de la conscience.

L'épilepsie est une pathologie universelle qui touche toutes les tranches d'âge.

Son expression clinique reflète souvent la localisation neuro-anatomique des structures intéressées.

Synapses et neuro-transmission jouent un rôle primordial dans le genèse des phénomènes électriques.

Il ne faut pas confondre crise d'épilepsie et épilepsie.

Un sujet qui fait une crise d'épilepsie provoquée (par exemple par prise de produits toxiques, par manque de sommeil, par stimulations visuelles, etc.) n'est pas épileptique pour autant. Exemple : de nombreux nourrissons non épileptiques sont très sensibles à l'hyperthermie et peuvent faire une crise fébrile (convulsions généralisées) lors d'un important accès de fièvre.

Conduite à tenir devant une première crise d'épilepsie

Avant d'aborder l'aspect diagnostique et celui d'une éventuelle prise en charge il faut rappeler ici **les gestes essentiels à faire face à une première crise d'épilepsie**.

Comme pour toute situation médicale, urgente ou non, le «primum non nocere» est de rigueur. Devant une crise épileptique, il convient ainsi d'assurer les gestes de secourisme initiaux et de ne pas tenter de manœuvres mettant en danger l'intégrité du patient.

Il faut d'abord gérer l'environnement immédiat du patient afin d'éviter les traumatismes en écartant les objets dangereux ou en accompagnant sa chute. Il est inutile et même dangereux de tenter d'arrêter le déroulement de la crise par des manœuvres de contention, de même qu'il est dangereux et inefficace d'insérer un objet ou des doigts entre les dents du sujet en crise. Lors du coma post-critique il faudra placer le patient en position latérale de sécurité.

En présence d'un patient en crise :

- éviter les blessures, accompagner la chute, pas de doigts dans la bouche, pas de contention,
- placer en PLS,
- laisser le patient se réveiller progressivement,
- pas d'administration systématique de médicament.

Face à une première crise d'épilepsie il faut **réaliser un examen neurologique complet**, on recherchera en particulier l'existence d'un éventuel déficit focalisé qui traduirait la nature focale (partielle) de la crise et sa possible origine symptomatique. Il faudra rechercher des signes de pathologie sous jacente : fièvre, obnubilation, syndrome méningé. Il faudra enfin mener une enquête sur l'anamnèse pour rechercher d'éventuelles crises antérieures, rechercher des facteurs favorisants tels que toxiques : alcool, médicament ou drogue, rechercher des troubles métaboliques (hypoglycémie) ou une dette de sommeil.

Un électroencéphalogramme (EEG) est souhaitable pour toute suspicion d'origine symptomatique de la crise, il pourra confirmer le diagnostic d'épilepsie ou le préciser (signes focaux ou généralisés). Un bilan complémentaire (imagerie, biologie) n'est nécessaire qu'à fin de recherche étiologique.

L'hospitalisation devient nécessaire en cas de crises répétées, si existe un risque important de récurrence à court terme, si par exemple on est en présence d'une origine toxique, ou en cas de suspicion d'une pathologie neurologique associée : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, méningo-encéphalite, etc...

Grossesse et épilepsie

L'épilepsie n'est pas une contre-indication à la grossesse. La majorité des grossesses se déroulent sans complications. Il est nécessaire, par contre, de surveiller et d'encadrer les femmes épileptiques avant pendant et après la grossesse en connaissant parfaitement les risques inhérents à chaque période de la conception jusqu'au post-partum.

L'influence de la grossesse sur l'épilepsie est imprévisible. Il peut y avoir une augmentation des crises chez 1/3 des patientes soit du fait des modifications hormonales ou pharmacocinétiques soit du fait du stress et du manque de sommeil ou du défaut d'observance. Chez ¼ des patientes, les crises peuvent diminuer du fait d'une augmentation de la fraction libre des médicaments ou de la relaxation et du sommeil accru.

L'influence de l'épilepsie sur la grossesse est surtout liée au caractère traumatique des crises et au risque d'hypoxie fœtale en cas d'état de mal épileptique. Les complications obstétricales sont multipliées par deux chez les femmes épileptiques et on note une plus grande fréquence d'accouchements prématurés et une mortalité périnatale plus élevée.

L'influence du traitement sur le fœtus est bien connue à l'heure actuelle avec un taux de malformations congénitales double du taux dans la population générale. Tous les médicaments antiépileptiques sont incriminés. Le phénobarbital, le valproate de sodium (effet dose-dépendant) sont concernés et à un moindre degré, la phénytoïne et la carbamazépine. Les principales malformations concernent la moelle épinière (spina bifida), le cœur, le visage (fentes oro-faciales), les tractus digestif et urinaire. Il existerait un risque de retard de développement verbal chez certains enfants nés de mères traitées par valproate de sodium. Il n'y a pas de risque lié à l'excrétion des antiépileptiques dans le lait maternel pour le nouveau-né.

Les recommandations sont simples.

La grossesse doit être planifiée.

Le traitement doit être réduit au minimum et préférer une monothérapie avec 2 ou 3 prises /jour. L'adaptation doit se faire au cas par cas. Il faut un apport en acide folique (4 à 5 mg/jour) pendant les 3 mois avant la conception et pendant le premier trimestre de la grossesse, période la plus à risque pour les malformations. Une supplémentation en vitamine K en cas de traitement par inducteurs enzymatiques est souhaitable pendant le dernier mois et chez le nouveau-né.

Des dosages plasmatiques, si possible de la fraction libre du traitement, doivent être effectués avant pendant et après la grossesse. Des échographies morphologiques ciblées sur la recherche de malformations cardiaques et du tube neural doivent être répétées.

L'accouchement se fait par voie basse sous péridurale pour aider l'expulsion, période à risque pour la survenue de crise avec l'hyperventilation.

L'allaitement est tout à fait possible sous traitement antiépileptique et peut limiter le syndrome de sevrage de nouveau-né.

Lors du post-partum, les crises peuvent augmenter en fréquence du fait des modifications des taux thérapeutiques et du manque de sommeil et le traitement doit alors être réajusté.

En conclusion : La femme épileptique doit prendre régulièrement son traitement. Un arrêt intempestif peut entraîner des crises dangereuses pour le fœtus. Les malformations congénitales liées aux médicaments antiépileptiques peuvent être prévenues et maîtrisées grâce à un suivi adéquat par le gynécologue et le neurologue.

Remerciements

Remerciements à ceux qui ont contribué à la réalisation de ce numéro du Clinicien : les docteurs Guy Farnarier, Pierre Genton et Hélène Somma-Mauvais.

Le diaporama éducatif : Prise en Charge des Epilepsies, élaboré sous l'égide du Dr. Pierre Genton, par Sanofi-Aventis/Branche Accès aux Médicaments dans le cadre de son programme Impact Epilepsy, est une précieuse source d'enseignement et de renseignements théoriques et pratiques sur l'épilepsie, il a été largement utilisé ici.

Le programme Impact Epilepsy aide dans leurs actions les réseaux REM et RARE, ainsi que le programme EPIMECT.

Convulsions fébriles (CF)

On utilise de nos jours préférentiellement le terme de « **crises fébriles** » (CF), car la composante « convulsive » des crises liées à une pathologie fébrile intercurrente n'est pas toujours au premier plan. Les CF surviennent chez le jeune enfant, entre l'âge de 6 mois et 5 ans, lors d'une élévation brutale de la température, le plus souvent au cours d'un épisode infectieux (voies aériennes supérieures, pneumopathie, voies urinaires, mais aussi accès de paludisme...). Il faut bien entendu distinguer les CF des syncopes fébriles, brèves, banales, sans gravité. Certains enfants sont plus exposés que d'autres, et la survenue d'une première CF peut faire redouter une récurrence lors de fièvres ultérieurement. Les CF provoquent chez les parents une inquiétude, légitime mais souvent disproportionnée.

Les CF sont en général une pathologie très bénigne. Le risque de récurrence lors d'un nouvel épisode fébrile est assez important, mais le risque d'une épilepsie ultérieure est faible, de l'ordre de 3%. Rares sont les circonstances vraiment inquiétantes, qu'il faut savoir dépister :

- ▶ CF fréquentes, à chaque poussée fébrile, dans un contexte familial de CF et de crises épileptiques chez d'autres membres de la famille : cette situation peut s'intégrer dans un contexte génétique (syndrome GEFS+, « genetic epilepsy with febrile seizures + »), dans lequel la sensibilité à la fièvre peut persister au-delà de l'âge habituel. Une épilepsie peut survenir plus tard, elle n'est en général pas très sévère.
- ▶ CF fréquentes, pour des températures de moins en moins élevées, crises de plus en plus longues : on peut alors redouter la survenue d'une épilepsie myoclonique sévère du nourrisson (ou syndrome de Dravet), entité rare mais grave nécessitant une prise en charge spécifique.
- ▶ CF longue, durant plus de 10 minutes par exemple, avec des secousses généralisées ou latéralisées, suivie d'un déficit moteur (hémiparésie) régressif en général en quelques

jours. Cette situation peut correspondre à l'installation de lésions cérébrales qui pourront provoquer ultérieurement une épilepsie, par exemple temporale. La prévention des CF de longue durée est impérative.

- ▶ CF associée à une baisse d'état général, à une fièvre élevée, persistante, pouvant témoigner d'une pathologie infectieuse grave, comme un neuropaludisme, ou une infection virale ou bactérienne du SNC.

En pratique :

- ▶ Une CF simple, de courte durée, impose de **refroidir l'enfant** (au moyen d'un bain tiède, par exemple), et l'on peut utiliser l'aspirine ou le paracétamol. Il faudra surtout éduquer la famille pour qu'elle intervienne lors de toute ascension fébrile ultérieure, en agissant énergiquement pour éviter que la fièvre ne monte trop haut, au-delà de 39°C.
- ▶ Si une CF se prolonge, l'administration d'une dose de **diazépam** ou de **clonazépam, par voie rectale**, est utile : en pratique, ce médicament sera fourni aux parents pour être administré lors d'une fièvre ultérieure ; cette attitude préventive a fortement diminué l'incidence des épilepsies graves séquellaires de CF prolongées.
- ▶ Il faudra recommander une consultation médicale rapide si le tableau clinique évoque le début d'une épilepsie grave, ou l'existence d'une infection du SNC : des examens spécifiques (incluant parfois la ponction lombaire), un traitement symptomatique et un traitement étiologique peuvent être nécessaires en urgence.

La meilleure solution, pour un médecin communautaire, consistera bien sûr en une **éducation des parents**, leur apprenant à détecter les circonstances et les signes inquiétants imposant des soins urgents, et à l'inverse en les rassurant sur le **pronostic très bénin de la plupart des CF**.

La surveillance du traitement antiépileptique

Un traitement antiépileptique a ceci de particulier qu'il est donné pour une durée longue, généralement pour plusieurs années : il mérite donc d'être surveillé, en raison de la survenue possible d'effets secondaires, d'interactions avec d'autres médicaments, et de son activité pas toujours parfaite dans le contrôle des crises épileptiques.

Les effets secondaires : la meilleure façon d'éviter au patient d'en souffrir est de lui expliquer, lors de toute prescription, les effets secondaires possibles avec le médicament prescrit. Il ne sera pas surpris et gardera sa confiance au médecin.

Phénobarbital : sédation et somnolence, transitoires en début de traitement, mais pouvant justifier, si elles persistent, une réduction des doses ; nervosité, comportement hyperkinétique, en particulier chez l'enfant. A long terme : rhumatisme (syndrome épaule-main), maladie de Dupuytren, ostéoporose...

Valproate : sédation légère, augmentation de l'appétit avec prise de poids, chute transitoire des cheveux, tremblements (en cas de surdosage). Il faut penser surtout aux effets tératogènes chez la femme jeune en âge de procréer : il semble que les doses faibles, de l'ordre de 500 à 750 mg/jour, soient beaucoup moins dangereuses que les doses plus fortes.

Carbamazépine : allergie cutanée (10% des cas) qui impose l'arrêt immédiat du traitement, sinon allergie grave avec risque vital. Interférences possibles avec de nombreuses autres médicaments (antibiotiques par exemple) imposant une vérification systématique lors de toute co-prescription.

Benzodiazépines : grande sécurité d'emploi sur une courte durée, mais risque de sédation, somnolence, de syndrome hyperkinétique chez l'enfant, pour les traitements de longue durée en particulier.

L'efficacité antiépileptique : elle s'apprécie par un dialogue avec le patient. Ce dernier établit souvent une appréciation globale du traitement, avec d'un côté l'effet sur les crises, de l'autre la tolérabilité (et le coût). Si cette évaluation est très favorable au traitement, le médecin n'aura en général pas beaucoup de problèmes pour obtenir une bonne adhésion au traitement. Si cette évaluation est plus nuancée, voire négative, le médecin devra, en collaboration avec son patient, trouver une solution de progrès : changement de médicament, remise en cause du diagnostic, diminution ou augmentation des doses, association d'un autre antiépileptique...

Le traitement d'une épilepsie est un processus qui s'inscrit dans la durée, et qui impose un dialogue de confiance entre le médecin et le patient. Les principes de la surveillance du traitement reposent sur une bonne connaissance des effets secondaires possible, sur l'utilisation de la meilleure dose possible (c'est-à-dire de la plus faible pour le meilleur contrôle des crises), et sur une évaluation périodique, au moins annuelle, du rapport bénéfice/inconvénients !



Le REM TOUR 2009 :

Une action de sensibilisation à l'épilepsie en zone rurale du Réseau sur l'Epilepsie à Madagascar (1)

Dans le cadre de la promotion de la prise en charge de l'épilepsie à Madagascar, l'ensemble des membres du Réseau sur l'Epilepsie à Madagascar (REM), composé de neuf médecins généralistes communautaires et d'un professeur référent hospitalier dans la capitale Antananarivo ont décidé de faire une sensibilisation de la population sur l'épilepsie (du 23 au 29 Septembre 2009), voici le compte rendu des participants à cette action de sensibilisation : «Nous avons visité les différents sites où travaillent ces médecins généralistes communautaires.

Cette campagne d'information visait à éduquer et à informer la communauté sur la nature, l'étendue et l'impact de l'épilepsie afin de démentir les mythes les plus courants et d'encourager des attitudes et des comportements plus positifs. Nous avons parcouru 1 712 km, dont 384 km de pistes et 1 340 km de route goudronnée, traversant les montagnes et les vallées. Nous étions accueillis par les autorités locales c'est-à-dire le maire, le chef du Centre de Santé de Base, le chef de quartier et les animateurs de santé de chaque site visité.

Par rapport à notre sensibilisation, nous avons effectué un exposé

sur l'épilepsie : définition, causes, conséquences et conduites à tenir devant un épileptique, suivi de la projection du diaporama éducatif de Sanofi-Aventis (2) et de commentaires avec questions-réponses avec l'assistance.

Des résultats probants ont été obtenus : la population de chaque site visité a été convaincue que l'épilepsie n'est pas une maladie spécifique aux malgaches car il y a des races blanches qui sont atteintes, comme en témoignaient les vidéos de crises contenues dans ce diaporama. Les séances de questions-réponses ont éclairé la population sur un certain nombre d'interrogations qui les intéressaient plus particulièrement.

Le travail a été très ardu mais chacun de nous était audacieux et nous avons obtenu un bon résultat car cette sensibilisation nous a permis de quadrupler le nombre des malades épileptiques que nous suivons.»

L'année 2011 va maintenant voir l'élargissement du REM à partir des 9 médecins d'origine à un plus grand nombre de MGC de l'AMC-Mad, ce qui permettra la prise en charge d'un grand nombre de personnes vivant avec l'épilepsie dans plusieurs régions du pays.

(1) Cette action de sensibilisation a été publiée dans la revue *Epilepsies* :

«Le REM Tour 2009. Une action de sensibilisation à l'épilepsie en zone rurale à Madagascar». *Epilepsies*, 2010, 22 (3) : 237-239.

(2) *Prise en Charge des Epilepsies. Diaporama éducatif, Sanofi-Aventis, Impact Epilepsy, 2008.*

Le réseau Action-Recherche sur l'Epilepsie au Mali (RARE)

Formation et prise en charge des patients

Comme il était annoncé dans le numéro 22 du Clinicien (novembre 2010) un séminaire destiné à l'ensemble des membres du RARE «élargi» s'est déroulé à Bamako les 9 et 10 décembre 2010. Le RARE est en effet maintenant riche de 30 médecins généralistes communautaires de l'Association des Médecins de Campagne du Mali formés au diagnostic et à la prise en charge de l'épilepsie.

La formation a été assurée par les médecins de campagne du RARE : les docteurs Karamoko Nimaga, tête de réseau du RARE, les docteurs Moussa Mariko, Ousmane Camara, Mamadou Lassine Coulibaly et Aminata Coulibaly, avec la présence du docteur Modibo Sissoko (réfèrent hospitalier à Bamako), du docteur Moustapha Sarr de Dakar et du docteur Pierre Genton (réfèrent à Marseille).

Recherche action

Depuis 2003 de très nombreuses données sur l'épilepsie ont été collectées par les membres du RARE, et un programme de recherche : «Epilepsie au Mali : études épidémiologique, clinique et thérapeutique» (EPIPECT) consiste à traiter ces données pour une meilleure connaissance de cette affection. Trois thèses dirigées par le docteur K. Nimaga et menées dans le cadre du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires du professeur Ogobara Doumbo à la Faculté de Médecine de Bamako : celle du docteur Ousmane Camara («Prise en charge et recherche de facteurs parasitaires d'épilepsie dans le cadre

d'une recherche-action en réseau sur l'épilepsie à Markacoungo») en 2006, celle du docteur Hamandico Bâ («Etude clinique et thérapeutique des épilepsies en milieu rural dans le cadre du projet EPIPECT») en 2009, et celle du docteur Ibrahima Foba («Prévalence et facteurs de risque de l'épilepsie en zone rurale du Mali : analyse de 1102 cas») en 2010, témoignent du travail réalisé, ainsi que 22 communications et publications scientifiques sur le sujet. Actuellement une étude neuroépidémiologique est menée à partir de ces données avec l'Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale de Limoges.

Parution prochaine d'un guide pratique :

« Le médecin généraliste communautaire »
par D. Desplats et Cl. Razakarison.

Il sera téléchargeable sur le site de Santé Sud.

Faites circuler le Clinicien, n'hésitez pas à le photocopier !

SANTE SUD

200 bd National, Le Gyptis Bt. N
13003 Marseille – France
Tél : 33 (0) 4 91 95 63 45
Fax : 33 (0) 4 91 95 68 05
contact@santesud.org
www.santesud.org

SANTE SUD MALI

B.P. E 686
Bamako
Mali
Tél / fax : 223.22.20.227
santesud@africone.net.ml

SANTE SUD MADAGASCAR

Lot IVC 31 4
Ambatomitsangana
101 Antananarivo
Madagascar :
Tél / Fax : 261.20.22.35.956
sante-sud@moov.mg

AIMS

02BP866 Parakou
Bénin
Tél : 229.23.10.06.92
aims_mas@yahoo.fr